

<b>ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ESTUDIANTE</b>			
Esta sección debe ser completada por el padre/madre o acudiente y será tratada con suma confidencialidad. Copia de esta información reposará en la enfermería del colegio.			
<b>NOMBRE Y NIVEL DEL ESTUDIANTE:</b>			
Indicar si el estudiante tiene un médico familiar o de cabecera: <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>			
Nombre del médico:			
Por favor indicar si durante los últimos cinco (5) años, un médico u otro profesional de la salud diagnosticó o trató cualquiera de las condiciones o enfermedades abajo listadas.			
<b>Para cada respuesta Sí, por favor proporcionar los detalles en la columna "OBSERVACIONES".</b>			
CONDICIÓN O ENFERMEDAD	NO	SÍ	OBSERVACIONES
1 Acidez / reflujo gástrico			
2 Alergias			
3 Anemias			
4 Ansiedad			
5 Apnea del sueño			
6 Asma			
7 Crisis convulsivas / epilepsia			
8 Déficit atencional			
9 Depresión			
10 Diabetes			
11 Discos herniados			
12 Enfermedades reumáticas (artritis, lupus, artritis reumatoide)			
13 Esquizofrenia			
14 Fracturas			
15 Gastritis			
16 Hepatitis			
17 Hernias			
18 Hiperactividad			
19 Infecciones de los oídos (otitis crónica)			
20 Migraña			
21 Presión arterial baja / alta			
22 Problemas cardíacos (corazón)			
23 Problemas de la piel			
24 Trastorno bipolar			

<b>Para cada respuesta SÍ, por favor proporcionar los detalles en la columna "OBSERVACIONES".</b>			
<b>CONDICIÓN O ENFERMEDAD</b>	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
25 Trastornos menstruales / endometriosis			
26 Trastornos sanguíneos (hemofilia)			
27 Úlceras			
28 Intervenciones quirúrgicas recientes			
<b>XX</b> Vacunación COVID-19			
Por favor indicar si el (la) estudiante está siendo medicado (a). Listar los medicamentos incluidos en el tratamiento para una o más de las condiciones aquí enunciadas.			
Declaro, bajo la gravedad de juramento, que he suministrado la información solicitada de acuerdo a mis conocimientos a la fecha; por ello doy fe firmando al pie de este formulario:			
Firma: _____ Teléfono para emergencias: _____			
<b>EXAMEN FÍSICO PREVENTIVO</b> (completado en la enfermería del colegio)			
Fecha:			
Problemas dermatológicos:			
Caries dentales:			
<input type="checkbox"/>	He examinado al estudiante y revisado sus antecedentes médicos. Es mi parecer profesional que nada parece indicar que el (la) estudiante deba abstenerse de participar en las actividades académicas del colegio.		
<b>COMENTARIOS PARA LA PRÁCTICA DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS EXTRACURRICULARES</b>			
<input type="checkbox"/>	Con base en este formulario, nada parece indicar que el (la) estudiante deba abstenerse de participar en actividades deportivas extracurriculares.		
<input type="checkbox"/>	Con base en este formulario, recomiendo que el estudiante reciba una evaluación médica que lo habilite (o inhabilite) para la práctica de deportes extracurriculares.		
Nombre del profesional de la salud:			
Firma y fecha:			